



**HAL**  
open science

## Quatre priorités dans le financement international de la santé à considérer après le Sommet de Paris B254

Jacky Mathonnat

### ► To cite this version:

Jacky Mathonnat. Quatre priorités dans le financement international de la santé à considérer après le Sommet de Paris B254. FERDI Notes brèves / Policy briefs, 2023. hal-04167314v1

**HAL Id: hal-04167314**

**<https://hal.science/hal-04167314v1>**

Submitted on 20 Jul 2023 (v1), last revised 31 Aug 2023 (v2)

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## Quatre priorités dans le financement international de la santé à considérer après le Sommet de Paris\*

Jacky Mathonnat



Jacky Mathonnat, Professeur Emérite à l'Université Clermont Auvergne, Senior Fellow et responsable du programme Santé, Ferdi

Le récent Sommet de Paris « Pour un nouveau pacte financier mondial » a confirmé que le financement international du développement est une préoccupation majeure des gouvernements des pays du Sud et de leurs partenaires extérieurs. Mais assez curieusement, la question du financement international de la santé est restée à l'écart du programme et des débats. Cette note a ainsi pour objet de contribuer à la réflexion sur le financement international du développement sous l'angle spécifique de la santé. Elle se propose d'examiner quatre questions qui présentent une importance particulière pour le financement international de ce secteur. Elle montre tout d'abord la nécessité d'accroître massivement le financement international de la santé pour réduire d'ici 2030 l'écart qui sépare de nombreux pays en développement de l'Objectif de Développement Durable 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».



**Mots-clés:** aide à la santé, efficacité, résilience, SWAps santé.

\* Jacky Mathonnat remercie Vianney Dequiedt (Ferdì) pour ses remarques et suggestions, mais reste seul responsable des analyses faites dans cette note.

... /... L'aide à la santé joue un rôle crucial dans le financement de la santé des pays à faible revenu où sa part y est en moyenne plus importante que celle des gouvernements. Une forte augmentation des apports nets d'aide publique à la santé sera indispensable, ainsi qu'une forte mobilisation des flux privés, restés très faibles jusqu'ici. Les défis à relever sont de très grande ampleur. La note explique pourquoi il convient de faire de l'amélioration de l'efficience des dépenses de santé une priorité de premier rang pour les gouvernements et leurs partenaires extérieurs. Ne pas le faire serait gaspiller une partie des ressources qui resteront très insuffisantes. De nombreuses études montrent que les marges de manœuvre sont importantes alors que, dans la plupart des pays à faible revenu et dans nombre de pays à revenu intermédiaire, les autres approches pour élargir l'espace budgétaire et desserrer les contraintes financières qui pèsent sur la santé restent limitées. Par ailleurs, le Covid 19 a montré la faible résilience des systèmes de santé de nombreux pays lorsqu'il s'agit de faire face à des pandémies. Cela n'a rien de surprenant au regard du faible niveau des principaux indicateurs à considérer. Il est donc impératif de renforcer leurs capacités de préparation et de réponse aux inéluctables futures pandémies, ce qui, dans l'immédiat, implique de renforcer massivement la capacité d'intervention du nouveau Pandemic Fund, drastiquement sous-doté. Enfin, la note présente un plaidoyer pour que les gouvernements et leurs partenaires extérieurs recourent beaucoup plus largement que ce n'est le cas actuellement aux SWAps dans le secteur de la santé. Tous les contextes ne s'y prêtent pas, mais lorsque l'environnement le permet, notamment la qualité de la gestion des finances publiques (Public Finance Management), les Swaps présentent potentiellement de nombreux avantages pour contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'aide à la santé.

## ► Introduction

Le financement international du développement est une préoccupation majeure des gouvernements des pays du Sud et de leurs partenaires extérieurs depuis ces trois dernières décennies, comme en témoignent les conférences de Paris, Accra, Busan, Addis-Abeba entre autres et, tout récemment, le Sommet de Paris « Pour un nouveau pacte financier mondial » (22-23 juin). Mais assez curieusement, la question du financement international de la santé est restée à l'écart du programme et des débats. Cette note a ainsi pour objet de contribuer à la réflexion sur le financement international du développement sous l'angle spécifique de la santé. Elle se propose d'examiner quatre questions qui présentent une importance particulière pour le financement international de ce secteur.

La première section montre le rôle crucial que joue l'aide dans le financement de la santé et pourquoi l'intensification des efforts pour mobiliser des financements extérieurs additionnels est indispensable au regard de l'ODD santé. Mais il est parallèlement tout aussi indispensable de faire de l'amélioration de l'efficience des dépenses de santé une priorité de premier rang pour les gouvernements et leurs partenaires extérieurs (section 2). Le Covid 19 a montré combien les pays en développement sont vulnérables à des pandémies, car très mal préparés à y faire face. La section 3 présente en quoi développer une capacité de réponse appropriée nécessite un important effort financier de la communauté internationale, avec au premier chef un soutien de grande ampleur au récent Pandemic Fund, drastiquement sous-financé. La section 4 montre pourquoi les gouvernements et les bailleurs devraient plus largement recourir à l'approche sectorielle globale en santé (SWAps), car celle-ci permet d'apporter des éléments de réponse à plusieurs obstacles à l'amélioration de l'efficacité de l'aide à la santé.

## ► Nécessité d'accroître le financement international de la santé pour réduire l'écart qui sépare de nombreux pays de l'ODD santé

### **Une forte augmentation du financement de la santé, mais un volume de ressources encore très insuffisant**

Depuis le début de la dernière décennie, le financement de la santé a fortement progressé dans les pays en développement, y compris dans les pays à faible revenu (PFR) où il est passé de 88 \$ PPA (parité de pouvoir d'achat) par habitant en 2010 à 110 \$ en 2020 (WHO, 2022), soit une progression de 25 %. Mais dans nombre d'entre eux, ces montants correspondent tout juste à ce qui serait nécessaire pour disposer d'un premier niveau du système de santé<sup>1</sup> fonctionnel et délivrant des services de qualité (Watkins et al., 2017). Le déficit de financement est donc considérable au regard de l'Objectif de Développement Durable 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

### **Rôle crucial de l'aide à la santé dans les pays à faible revenu**

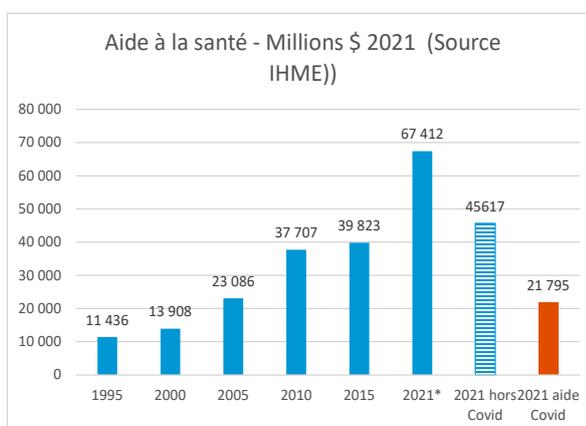
Les efforts déployés par les gouvernements et par leurs partenaires financiers internationaux durant les années Covid 2020-2022 ont entraîné une importante augmentation des dépenses totales de santé per capita, émanant des gouvernements et de l'aide à la santé.

Une étude récente de la Banque mondiale (Kurowski et al, 2023) a analysé l'évolution des dépenses de santé du gouvernement central dans 16 PFR. Elles ont en moyenne progressé d'environ 30 % entre 2019 et 2020 (19 % dans une étude WHO de 24 PFR ; WHO, 2022), mais elles se

sont contractées en 2021 et 2022 pour revenir à un assez montant proche de 2019 (11,7 \$ contre 10,5\$). Une tendance comparable s'observe en moyenne pour les pays à revenu intermédiaire et ceux qui sont éligibles au financement de l'IDA.

L'aide à la santé occupe depuis toujours une place cruciale dans le financement total de la santé des PFR. Elle en représente 30 % en 2020, soit davantage que le gouvernement (25 %), bien que la part de ce dernier ait augmenté en 2020 par rapport aux 20 %-22 % de la dernière décennie. Le rôle essentiel que l'aide à la santé joue dans les PFR contraste avec les 3 % qu'elle occupe dans les pays de la tranche inférieure de la catégorie à revenu intermédiaire. Ceci étant, les paiements directs des usagers, bien qu'ayant légèrement fléchi depuis 2010, restent avec 40 % la principale source de financement de la santé, avec des conséquences sur le renoncement aux soins et sur la pauvreté qui ont été largement étudiées.

L'aide à la santé dans l'ensemble des pays en développement a triplé entre 2000 et 2021, passant de 14 à 46 milliards \$ hors aide à la lutte contre le Covid (graphique). Avec celle-ci, elle cumule à 67 milliards \$<sup>2</sup> (IHME, 2022). Entre 2019 et 2020, la contribution internationale à la lutte contre le Covid a conduit à une augmentation de l'aide à la santé de 44 %, hausse sans précédent historique, puis de 9 % entre 2020 et 2021. Sans les apports Covid, elle a stagné (+1%) pour ces deux dernières années<sup>3</sup>, sortant toutefois



1. Celui qui fournit les soins de base, jouant un rôle fondamental dans l'ODD santé.

2. Dollars constants de 2021.

3. Estimations IHME, janvier 2023.

de la phase de plateau du milieu de la dernière décennie.

**Nécessité d'accroître le financement international public et privé<sup>4</sup> de la santé pour réduire un déficit en ressources de très grande ampleur**

Différentes estimations ont été faites du besoin de financement pour atteindre l'ODD santé à l'horizon 2030. Les chiffres varient selon les études, mais toutes mettent en évidence l'importance des efforts à consentir, tout particulièrement dans les PFR. Par exemple Stenberg et al. (2017) estiment dans leur scénario « modéré » qu'il conviendrait de mobiliser annuellement près de 70 \$ *additionnels* (non ajustés de l'inflation) par personne d'ici 2030. Le rapprochement des ordres de grandeur que l'on trouve dans la littérature, aussi approximatifs soient-ils, avec les niveaux actuels de dépenses de santé souligne l'ampleur des défis à relever pour les prochaines années dans un environnement qui s'annonce peu favorable. C'est plus particulièrement le cas pour les PFR africains confrontés entre autres à un besoin de consolidation macro-économique, un service de la dette absorbant une partie croissante des recettes publiques, une pression accrue de la crise climatique, et pour certains d'entre eux, une instabilité politique et une insécurité croissantes.

Dans ce contexte, l'augmentation du financement international de la santé, principalement de l'APD pour les pays à faible revenu, apparaît indispensable. Mais le financement international public doit être également mobilisé pour drainer vers la santé des *financements extérieurs privés*, quasi absents dans les PFR en dehors des grandes fondations et des ONGs. C'est un point essentiel dans le financement du développement (Ferdi, 2023) et il n'y a pas d'argument de principe pour que la santé fasse exception.

4. Apports nets totaux (transferts nets au titre de la dette et dons).

► **Faire de l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé une priorité de premier rang pour les acteurs du financement international et les pays bénéficiaires**

**Pourquoi ?**

Une partie des efforts déployés pour accroître le financement international de la santé serait annihilée si parallèlement l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé ne devenait pas un chantier hautement prioritaire pour les États et leurs partenaires extérieurs. Il y a à cela cinq raisons principales.

(i) Le déficit de financement pour atteindre l'ODD santé restera considérable dans nombre de PFR ; or une amélioration de l'efficacité équivaut à une augmentation de ressources.

(ii) Les perspectives d'élargissement de l'espace budgétaire dont pourrait bénéficier la santé sont peu favorables. La capacité des États à accroître substantiellement leurs recettes fiscales reste faible dans la plupart d'entre eux (FMI, 2023). L'endettement est inquiétant dans 19 sur 35 pays à faible revenu africains et la pression du paiement des intérêts au titre de la dette extérieure et intérieure va s'accroître sur les finances publiques. L'adoption de mesures d'allègement du service de la dette est discutée dans différentes enceintes, notamment dans le Cadre commun qui permet aux créanciers officiels du G20 et du Club de Paris d'adopter des mesures de traitement de la dette des pays en difficulté (Common Framework for Debt Treatments). Jusqu'à présent, la coordination entre les nombreux créanciers s'y est avérée délicate<sup>5</sup> et

5. Mais un accord a été conclu en juin dans le cadre du Common Framework for Debt Treatments pour renégocier une partie de la dette de la Zambie, la Chine étant partie prenante à l'accord. A noter que la Chine s'est dotée en 2019 d'un cadre d'analyse de la soutenabilité de la dette très proche sur des points essentiels de celui utilisé par le FMI et la Banque mondiale, y compris en en reprenant certains éléments, tels que les scores du CPIA. Mathonnat J. (2020) «La Chine, la dette et les motivations de l'aide chinoise à la santé en Afrique sub-saharienne : où est l'arbre et où est la forêt ?», Ferdi Note brève B204 (mise à jour : août 2020).

le processus se révèle plus lent que prévu (FMI, 2023). Ceci dit, si l'on en juge par les expériences passées, un optimisme très prudent est de mise quant à l'estimation de leurs effets sur l'augmentation des dépenses publiques de santé (Plant and Lee, 2022).

(iii) La santé est en forte compétition avec d'autres secteurs dont l'éducation, l'agriculture, et le climat tout particulièrement depuis ces dernières années, ce qui limite *de facto* la capacité du gouvernement à en accroître la part dans les dépenses publiques totales.

(iv) De nombreuses études montrent qu'il existe dans tous les pays une marge de manœuvre souvent très importante pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé, non seulement sans altérer la qualité des soins, mais en l'améliorant<sup>6</sup>. On peut considérer qu'il y a schématiquement quatre grandes approches pour accroître l'efficacité des dépenses de santé, et il faut agir sur chacune : développer le recours aux analyses de type coût-efficacité (ou coût-efficacité élargi) pour sélectionner les interventions prioritaires dans les politiques de santé, notamment pour la constitution du panier de bénéfices de la couverture universelle en santé ; renforcer l'achat stratégique des services, encore très peu utilisé dans les pays à revenu faible et moyen<sup>7</sup>; améliorer l'efficacité des structures de soins en commençant par en prendre la mesure<sup>8</sup>; renforcer la coordination entre les parties prenantes.

(v) Enfin, accroître le financement international de la santé - apports nets totaux, publics et privés - sans faire de l'amélioration de l'efficacité

une priorité majeure des États et de leurs partenaires extérieurs contribue à créer ou à entretenir un aléa moral qui ne peut être que préjudiciable à l'atteinte de l'ODD santé.

En d'autres termes, déployer des efforts considérables pour accroître le financement international de la santé sans prendre à bras-le-corps la problématique de l'amélioration de l'efficacité, c'est un peu comme augmenter le chauffage ou la climatisation dans une habitation tout en laissant les fenêtres plus ou moins ouvertes.

Il conviendrait donc que *les acteurs du financement international du développement fassent de l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé une « grande cause »*, qu'ils convainquent les gouvernements des pays bénéficiaires qu'il y a là un impératif, et que soient mis en place des initiatives et des programmes appropriés, comme cela a été le cas par exemple pour les médicaments essentiels génériques et pour les soins maternels et infantiles. Mais le périmètre pris en compte ne devrait pas en être restreint à l'efficacité des dépenses ou des structures publiques. Il devrait aussi inclure celle des structures privées, lesquelles fournissent une part très importante et souvent largement majoritaire des soins de santé de premier niveau dans les pays à faible revenu (Grepin, 2016).

***Quatre points-clés pour l'amélioration de l'efficacité et dans lesquels le financement international de la santé doit jouer un rôle majeur.***

On voit assez bien aujourd'hui où se situent les principaux problèmes en matière d'efficacité. Mais la définition et la mise en œuvre des stratégies opérationnelles dépend fondamentalement des contextes locaux car il n'y a pas en la matière de « One size fits all ». On se limitera ici à mettre en exergue ce qui nous apparaît comme quatre points-clés pour l'amélioration de l'efficacité et dans lesquels le financement international de la santé doit jouer un rôle important d'initiative et d'appui.

6. Ceci vaut également pour les pays à haut revenu.

7. Chalkidou et al. (2020) ont montré à partir de simulations de trois approches de réforme des marchés publics d'achat des produits de santé que 50 des pays les plus pauvres à revenu faible ou intermédiaire pourraient réaliser des économies de 10 à 26 milliards de dollars par an. Ces ordres de grandeur sont à rapprocher des 46 milliards de dollars de l'aide à la santé hors Covid pour 2021.

8. L'amélioration de l'efficacité est l'un des principaux axes de recherche de la Ferdi en santé. Les études portant sur l'efficacité des hôpitaux de district dans plusieurs pays africains montrent une grande dispersion des niveaux d'efficacité d'où il résulte une forte marge d'augmentation potentielle de la production de soins (très fréquemment supérieure à 20 %), si dans chaque pays l'efficacité de l'ensemble des hôpitaux de district se rapprochait de celle des plus efficaces.

*Mettre en place des « Observatoires régionaux de l'efficience dans les systèmes de santé ».* Leur objectif général serait d'appuyer les gouvernements qui le souhaiteraient dans la mise en place d'observatoires *nationaux*, et de les accompagner dans l'analyse rigoureuse comme dans le suivi des dimensions de l'efficience dans lesquelles ils décideraient de s'investir avec le concours de leurs partenaires extérieurs.

L'appui des observatoires régionaux s'inscrirait dans une dynamique de parangonnage (approches, processus, méthodes, partages d'expériences internationales utiles) permettant aux observatoires nationaux de fournir aux gouvernements un ensemble d'informations essentielles à une régulation rationnelle de l'offre de soins. Parallèlement, les gouvernements, au premier chef duquel le ministère de la santé, mais aussi les structures locales de production de réflexions et de connaissances (universités partenaires notamment) verraient leurs capacités d'analyse renforcées pour mieux éclairer la prise de décision dans les politiques de santé.

*Renforcer la production de données de base robustes, lesquelles font défaut pour piloter l'amélioration de l'efficience.* Une meilleure efficience passe par un effort substantiel en matière d'information et de statistiques sur lesquelles le ministère de la santé doit pouvoir s'appuyer en confiance. Deux domaines spécifiques requièrent ici l'attention (au-delà des données de survie et d'état de santé dont l'importance a été maintes fois soulignée) : la question de savoir qui bénéficie des dépenses publiques de santé d'une part, et d'autre part celle de savoir si le ministère de la santé dispose des informations statistiques dont il a besoin pour réguler l'offre de soins.

Sur le premier point, on est surpris de constater que l'on n'a pas aujourd'hui une bonne connaissance de qui bénéficie des dépenses publiques de santé car la question est assez mal documentée. Notamment, les analyses de l'incidence du bénéfice qui permettent de voir par quintile ou décile de niveau de bien-être qui sont les bénéficiaires des dépenses publiques

de santé sont assez rares. Il serait utile qu'elles puissent être systématiquement incluses dans les revues de dépenses publiques et que leurs résultats soient mieux exploités.

Pour le second point, toutes les études conduites par la Ferdi sur l'efficience des structures de soins en Afrique ont mis en évidence que les gouvernements ne disposaient pas des informations nécessaires à un pilotage rationnel de l'offre de soins du fait des insuffisances et des dysfonctionnements de leur appareil statistique. Les problèmes sont divers et concernent notamment les informations indispensables qui sont censées être collectées en routine (données absentes, erronées - y compris dans les ordres de grandeur, flou dans la compréhension des concepts, défaillance des contrôles préalables à l'introduction des données dans le système d'information sanitaire, etc.). Or ces données doivent permettre de rapprocher moyens, activités et résultats pour appréhender les marges de manœuvre en matière d'amélioration de l'efficience.

Des efforts ont été faits quasiment dans tous les pays, mais la situation reste très préoccupante. Cette question occupe une position très en retrait dans la hiérarchie des priorités des ministères de la santé. Il y a de multiples raisons à cela, dont l'insuffisance de ressources et la nécessité d'arbitrer en faveur de priorités plus urgentes, plus visibles ou plus à même de mobiliser les partenaires extérieurs. Il est donc vain de rappeler qu'il s'agit d'une problématique qui relève conceptuellement au premier chef de la responsabilité des États car il est manifeste qu'ils ne pourront pas procéder aux arbitrages financiers nécessaires. Leurs partenaires extérieurs, multilatéraux essentiellement ici, doivent donc intervenir massivement sur ces questions face aux défaillances des gouvernements, l'argument essentiel étant les fortes externalités négatives nationales et internationales que la précarité des systèmes d'information sanitaire entraîne pour le renforcement des systèmes de santé, de leur résilience et pour l'amélioration de la santé, qu'il

s'agisse de la définition des politiques, de la mise en œuvre des stratégies ou de leur évaluation.

*Réduire la fragmentation chaotique de l'aide à la santé.* L'aide à la santé est particulièrement fragmentée et cette fragmentation s'accroît. Le nombre de bailleurs bilatéraux et multilatéraux à l'origine d'apports financiers publics au secteur santé et au sous-secteur population-santé reproductive a fortement progressé entre 2010-14 et 2015-19 : il est passé de 164 à 219 pour les bailleurs bilatéraux et de 43 à 53 pour les multilatéraux (World Bank, 2022). Fan (2023) cite un pays africain dans lequel il y a plus de 70 systèmes d'information financés par des bailleurs, avec d'innombrables duplications et une grande variété d'approches, le plus souvent en silo<sup>9</sup>. Par ailleurs, alors que dans la santé la mise en commun des ressources a un fort potentiel pour réduire les coûts de transaction induits par la fragmentation de l'aide, la part dans le total des apports publics des ressources mises en commun reste très faible (13 % ; World Bank, 2022). Une bonne coordination des bailleurs est ici encore indispensable pour des raisons d'efficacité, d'efficience et d'externalités. Cet impératif de coordination stratégique, a fortiori dans une problématique de santé globale, justifierait le leadership d'organisations multilatérales sur ces questions. Un dispositif pourrait se concevoir sous le pilotage conjoint de l'OMS (Division Data, Analytics and Delivery for Impact) et de la Banque mondiale.

*Privilégier les approches qui renforcent l'efficacité générale des systèmes de santé.* C'est par exemple le cas des analyses coût-bénéfice pour définir le contenu du panier de soins prioritaires

dans la mise en place progressive de la couverture santé universelle ou des approches d'achats stratégiques, etc.

Mais il conviendrait également de prendre acte de ce que certaines approches largement soutenues par le financement international, et utiles en elles-mêmes, sont inefficaces au niveau *systémique* bien qu'en vogue auprès de certains bailleurs publics et privés. C'est entre autres le cas des mutuelles de santé reposant sur une adhésion volontaire. En dépit du soutien extérieur dont elles bénéficient depuis deux décennies, elles ne couvrent qu'une faible partie de la population africaine (moins de 10 %), et nombre d'entre elles ne peuvent être pérennes sans les apports financiers extérieurs dont elles bénéficient. Elles peuvent par ailleurs accentuer la fragmentation des systèmes de santé. Elles jouent certes un rôle fondamental dans l'accès aux soins de *leurs* bénéficiaires, et à ce titre elles doivent être encouragées faute d'alternatives à court terme mais leur positionnement dans le processus de mise en place de la couverture universelle doit être reconsidéré. Trois points doivent en effet être gardés à l'esprit. Tout d'abord, on sait qu'elles ne touchent souvent que peu les ménages les plus pauvres (premier quintile). Ensuite, du fait de leur petite taille et du nombre souvent important d'intervenants (multiples bailleurs, ONGs, éléments de la société civile), elles constituent un kaléidoscope très fragmenté. Enfin, (surtout), la couverture santé universelle doit être pensée en tant que *système*. Il faut alors prendre acte que des progrès rapides en matière de couverture santé universelle en des pays où le secteur informel représente souvent 80 % de l'emploi, ne peuvent pas reposer sur un *système* conçu autour d'une approche d'adhésion *volontaire* à une structure d'assurance devant couvrir les soins de base, ce qui déplace à moyen terme leur rôle vers une couverture complémentaire. C'est d'ailleurs ce constat qui a conduit le Rwanda à rendre obligatoire par une loi de 2007 l'adhésion aux entités d'assurance santé communautaire, en raison de

9. Mais comme le notent Le Roy et Séverino (2023), la fragmentation de l'aide en général peut aussi présenter des avantages pour le pays bénéficiaire. C'est aussi vrai dans le secteur de la santé où elle peut augmenter le pouvoir de négociation des gouvernements comme le montrent entre autres l'exemple du Rwanda, de l'Afrique du Sud et de la Mongolie. La fragmentation de l'aide à la santé alimente par ailleurs nombre d'intérêts particuliers dans les pays bénéficiaires (multiplication des structures de coordination, de gestion de projet, des commissions, des passations de marché, des formations, des per diem, influence politique nationale et locale, etc.). Il en résulte naturellement un effet d'agrégation d'agents qui ont en commun d'être peu enclins à en favoriser la réduction (Spicer et al., 2020).

la frustration du gouvernement face à la lenteur de l'adhésion aux régimes volontaires, fragilisés par l'étroitesse des pools et souvent minés par la sélection adverse. L'adhésion obligatoire a permis d'augmenter considérablement la couverture sanitaire<sup>10</sup>.

## ► Financer un renforcement accéléré de la capacité des pays à faire face aux pandémies

### Le constat

Le Covid 19 a montré la grande fragilité et la faible résilience des systèmes de santé de nombreux pays lorsqu'il s'agit de faire face à une pandémie. Il n'y a pas lieu d'en être surpris. L'épidémie d'Ebola avait déjà révélé une profonde vulnérabilité des systèmes de santé des pays africains frappés par le virus. Plus globalement, une étude parue en 2019 (Talisuna et al.) sur l'évaluation dans 40 pays africains de l'application des réglementations internationales en matière de santé (International Health Regulations), lesquelles constituent le cadre général d'appréciation de la sécurité sanitaire globale, montrait une situation particulièrement alarmante. Plus des trois quarts des pays avaient une capacité inexistante ou limitée en matière de préparation aux situations d'urgence, de contre-mesures médicales et de déploiement du personnel et de coordination des services. En matière de prévention, 80 % d'entre eux obtenaient un score de un ou deux sur cinq. Or en dépit de certains progrès, la situation n'a pas radicalement changé.

Renforcer les capacités de préparation et de réponse des États aux inéluctables futures pandémies rentre typiquement dans la problématique des biens publics mondiaux justifiant une action collective internationale au-delà de ce qui relève de la responsabilité des politiques nationales. Pour des raisons qui peuvent être compré-

hensibles, le financement de la préparation aux chocs sanitaires a toujours été sous-doté dans les pays en développement ; ceci entre autres du fait des multiples priorités qui, particulièrement dans les PFR et les pays de la tranche inférieure à revenu intermédiaire, sont en compétition au sein du secteur santé pour émarger sur des dotations budgétaires globalement insuffisantes, la santé étant elle-même en concurrence avec les autres secteurs. Au niveau supranational, il y a en matière de renforcement de la préparation et de la capacité de réponse aux pandémies à la fois un fort besoin de financement international *réellement additionnel* et un besoin de coordination régionale renforcé du fait du caractère multisectoriel des politiques de santé globale et de l'importance des externalités transfrontières.

### **Renforcer la capacité d'intervention du Pandemic Fund, drastiquement sous-doté.**

La création en septembre 2022 d'un Fonds de lutte contre les pandémies (Pandemic Fund) est un premier pas qui doit être salué sans réserve. Il a été finalement logé à la Banque mondiale, ce qui est judicieux au regard des alternatives envisagées. Ce choix présente entre autres l'avantage de fortement limiter le risque que les interventions du Fonds ne soient orientées selon une approche maladie, alors que celles requises en matière de préparation et de réponse aux pandémies sont principalement de nature « horizontale » ; ceci dit, avec la diagonalisation des programmes verticaux, la dichotomie horizontalité versus verticalité a quelque peu perdu de son acuité (Mathonnat et Audibert, 2016).

Le Fonds se trouve confronté nous semble-t-il à *trois défis majeurs* : insuffisance de ressources, définition des critères de sélection pour le montant des allocations aux pays bénéficiaires, nature des dépenses éligibles à son financement.

*Insuffisance de ressources.* Le Fonds a mobilisé à ce jour (juin 2023) 1,6 milliards de dollars (engagements) alors qu'il a reçu 650 manifestations d'intérêt avec des demandes de financement

10. Elle est d'environ 80% en 2021.

de plus de 7 milliards de dollars, soit environ 24 fois le montant disponible (300 millions) dans le cadre du premier appel à propositions<sup>11</sup>. Des estimations du financement requis pour un système efficace de préparation et de réponse aux pandémies ont été faites par plusieurs sources. Les ordres de grandeur en sont sensiblement différents pour des raisons méthodologiques et de périmètres d'activités incluses dans le système envisagé. Par exemple la Banque mondiale et l'OMS ont récemment estimé les besoins à 31,1 milliards de dollars par an, dont 10,5 milliards venant des bailleurs. Une étude de McKinsey en 2021 avance une fourchette de 85 à 130 milliards de dollars sur deux ans, suivi de 20 à 50 milliards annuellement jusqu'en 2030 (Shahid and Yamey, 2023 ; voir également Micah et al., 2023). Rappelons que l'aide à la santé hors Covid en 2021 est estimée à 46 milliards de dollars et à 67 milliards, Covid inclus. Quelle que soit la configuration envisagée, augmenter le financement du Fonds nouvellement créé doit être une *priorité forte du financement international de la santé* au regard de l'importance des enjeux en matière de santé globale. Ce défi de l'insuffisance du financement, crucial et souligné par plusieurs observateurs, ne doit cependant pas faire perdre de vue l'importance des deux autres.

*Sélection des pays bénéficiaires.* Un groupe de travail a été mis en place et n'a pas encore rendu ses conclusions. Parmi les critères d'allocation des ressources envisageables, il serait souhaitable qu'un critère de vulnérabilité multidimensionnelle (Guillaumont, 2023) soit pris en considération dans la formule de calcul des dotations. Cette formule devra tenir compte des besoins des pays d'une part, et d'autre part de l'impact des interventions au niveau des États et au niveau global/régional. Devrait également être considéré si le pays constitue ou non un

« maillon faible »<sup>12</sup> par rapport aux objectifs fixés en matière de préparation dans la lutte contre les pandémies, ceci compte tenu d'une part de son rôle potentiel dans une future pandémie et d'autre part des contraintes auxquelles il sera confronté pour faire face aux responsabilités qui lui incomberont. La question se pose aussi de savoir s'il convient que des organisations régionales (lesquelles ?) aient la possibilité d'ajuster la formule en fonction de certaines spécificités. On retrouve ici des éléments qui sous certains aspects rejoignent les débats sur l'allocation des DTS.

*Dépenses éligibles.* Le renforcement des capacités des bénéficiaires nécessitera des dépenses d'investissement et des dépenses courantes-récurrentes (ressources humaines, fonctionnement et maintenance). Quelle que soit la part de ces dernières dans l'ensemble, il est clair qu'elles joueront un rôle majeur dans l'efficacité du dispositif. En laisser la charge au seul gouvernement serait aventureux et fragiliserait l'ensemble de la construction, notamment dans les PFR où les dépenses de santé sont déjà largement insuffisantes comme nous l'avons vu. Il apparaît donc indispensable que le Fonds finance une partie des dépenses courantes et récurrentes.

### ► Plaidoyer pour un large recours aux SWAp dans le secteur de la santé

Dans le cadre du débat actuel sur le financement international du développement, et considérant la problématique spécifique du financement de la santé, il est utile de souligner les apports potentiels d'un SWAp santé à la réalisation des objectifs de l'ODD santé.

Une Approche Sectorielle Globale (SWAp) est un processus de concertation et de collaboration approfondies entre le gouvernement et ses principaux partenaires extérieurs pour améliorer

11. <https://www.worldbank.org/en/programs/financial-intermediary-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response-ppr-fif/brief/demand-for-funding-from-pandemic-fund-exceeds-expectations-with-requests-totaling-over-7-billion>.

12. L'expression « maillon faible » est empruntée à Severino et Guillaumont-Jeanneney (2023).

l'efficacité de l'aide (à la santé ou à un autre secteur) et de la politique de santé dans l'esprit des déclarations de Paris, Accra et Busan. L'approche SWAp, ou un mécanisme de ce type, n'implique pas nécessairement la mise en commun des ressources de tous les bailleurs parties prenantes dans le dispositif. C'est par construction un instrument particulièrement approprié pour renforcer la coordination entre les bailleurs et réduire les effets de la considérable fragmentation de l'aide à la santé, pour en neutraliser du moins en partie la fongibilité ou pour l'organiser, pour améliorer l'alignement de l'aide et son appropriation par le gouvernement, et ainsi accroître l'efficacité et l'efficacité de l'aide à la santé.

C'est aussi un cadre d'échanges qui contribue à limiter les estimations manquant de réalisme quant au financement domestique et extérieur de la santé, lesquelles obligent en cours d'année à procéder à des arbitrages et à des réajustements nuisant à la cohérence des politiques de santé.

Un SWAp est aussi un cadre de dialogue propice à des échanges ouverts sur la *conditionnalité*. Il faut garder à l'esprit que contrairement à une idée assez répandue, le ministre de la santé n'est pas toujours contraint d'accepter des conditionnalités qui lui seraient imposées. Bien au contraire, il peut aussi être demandeur de conditionnalités d'instruments, de processus, de résultats ou d'impacts pour de multiples raisons (vis-à-vis d'une partie de son administration hostile à des mesures dont il est, lui, convaincu de la pertinence ; vis-à-vis du ministère des finances pour appuyer sa demande d'une dotation plus large, etc.). Les conditionnalités peuvent ainsi être l'expression d'une vision partagée entre le ministre de la santé et ses partenaires extérieurs. Un SWAp est également de nature à favoriser la mise en place d'une approche centrée sur l'aide à la santé sur les investissements marginaux (*marginal aid*<sup>13</sup>, approche proposée par Drake, Regan

and Baker, 2023).

Mais la mise en œuvre d'un SWAp santé est complexe, dépendante du contexte local, se heurte aux réticences des fonds mondiaux, de certains bailleurs multilatéraux ou bilatéraux selon les pays, et les résultats ne sont pas homogènes quels que soient les angles d'analyse que l'on adopte. Il en ressort cependant que leurs résultats sont dans l'ensemble positifs à des degrés divers par rapport aux objectifs poursuivis (cf. entre autres Peters et al., 2013 ; Sweeney et al., 2021 ; Wood et al., 2021).

Enfin, pour conclure ce plaidoyer, un SWAp santé présente deux intérêts plus généraux. Tout d'abord, il offre par nature un terrain privilégié pour aborder les éventuelles réorientations de la stratégie du gouvernement en matière de politique de santé et faciliter la prise en compte des biens communs avec leurs épineux problèmes. Ensuite, il peut s'inscrire comme une approche intermédiaire entre d'une part une aide affectée logée dans des comptes d'affectation spéciale ou dans des comptes extra-budgétaires<sup>14</sup>, et d'autre part un appui budgétaire global dans les pays où les risques fiduciaires, la fongibilité, un cadre de gestion des finances publiques (Public Finance Management) fragile et l'exposition de l'aide à une forte corruption, rendent aventureux un soutien budgétaire global.

## ► Références

- **Chalkikou C., Keller J., Over M., Jones A.** (2020), Can Better Procurement be the Key to Financing UHC? Potential Savings from Health Sector Procurement Reforms in Low- and Middle-Income Countries, CGD Policy Paper 192, Center For Global Development.
- **Drake T., Regan L., Baker P.** (2023), Reimagining Global Health Financing: How

13. « (...) Domestic financing would support the highest priority services and aid should be used to support the next-most-cost-effective or next highest priority services » (p.9).

14. Les comptes extrabudgétaires ont proliféré durant la crise du Covid 19 avec des effets variés. Ils ont par exemple en certains pays favorisé la réallocation des ressources au sein du budget national pour répondre aux besoins créés par la pandémie, mais dans les pays à PFM fragile, ils ont souvent été associés à des inefficiences et à des utilisations inappropriées (Hsu et al. 2022).

Refocusing Health Aid at the Margin Could Strengthen Health Systems and Futureproof Aid Financial Flow, CGD Policy Paper 285, Center For Global Development.

- **Fan V.** (2023), We Cannot Improve Maternal and Child Survival Without Improving Data Systems, Blog Post, Center For Global Development.
- **Ferdi** (2023), FERDI's 10 proposals in the lead up to the Summit for a New Global Financing Pact. <https://ferdi.fr/publications/ferdi-s-10-proposals-in-the-lead-up-to-the-summit-for-a-new-global-financing-pact>
- **Glassman A., Keller J. M., & Smitham E.** (2023), The Future of Global Health Spending Amidst Multiple Crises, CGD Note, Center For Global Development.
- **Grépin K. A.** (2016), Private Sector An Important But Not Dominant Provider Of Key Health Services In Low- And Middle-Income Countries. *Health Affairs*, 35(7), 1214-1221.
- **Guillaumont P.** (2023), Prendre en compte la vulnérabilité dans la répartition mondiale des financements concessionnels, Ferdi Note brève B246, avril.
- **Hsu J., Barroy H., Allen R., Rahim F.S., Tsilaajav T.** (2022), Extra-Budgetary Funds for COVID-19: Evidence from Two Years of Implementation, IMF PFM Blog.
- **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)** (2022), Financing Global Health 2021: Global Health Priorities in a Time of Change. Seattle, WA.
- **Kurowski C., Kumar A., Mieses J., Schmidt M. and D. Silfverberg** (2023), Health Financing in a Time of Global Shocks - Strong Advance, Early Retreat, Double Shock, Double Recovery Paper Series, World Bank, May.
- **Le Roy A., Severino J-M.** (2023), Diversification et fragmentation du financement public du développement. Rendre moins opaque et rationaliser la structure éclatée des financements du développement, Ferdi Document de travail P321, avril.
- **Mathonnat J., Audibert M.** (2016) Trust Funds and Vertical Programs: what contributions to

sector policies? Literature review and example from the health sector, Research Paper No. 2016-20, Agence Française de Développement.

- **Micah A. E., Bhangdia K., Cogswell I. E., Lasher D., Lidral-Porter B., Maddison E. R., Nguyen T. N. N., Patel N., Pedroza P., Solorio J., Stutzman H., Tsakalos G., Wang Y., Warriner W., Zhao Y., Zlavog B. S., Abbafati C., Abbas J., Abbasi-Kangevari M., Dieleman J. L.** (2023), Global investments in pandemic preparedness and COVID-19: Development assistance and domestic spending on health between 1990 and 2026. *The Lancet Global Health*, 11(3).
- **Peters D. H., Paina L., & Schleimann F.** (2013), Sector-wide approaches (SWAPs) in health: What have we learned? *Health Policy and Planning*, 28(8), 884-890.
- **Plant M., Lee N.** (2022), Domestic Revenue Mobilization and Debt Relief: The Lack of Any Link, CGD Policy Paper 253, Center For Global Development.
- **Severino, J-M., Guillaumont Jeanneney S.** (2023). Financer des politiques mondiales : mais pourquoi donc ? Ferdi Document de travail P317, mars.
- **Shahid M., Yamey G.** (2023), Rethinking financial estimates for preparedness and response, *Think Global Health*.
- **Spicer N., Agyepong, I., Ottersen, T., Jahn, A., & Ooms, G.** (2020), 'It's far too complicated': Why fragmentation persists in global health. *Globalization and Health*, 16(1), 60.
- **Stenberg K., Hanssen O., Edejer T. T-T., Bertram M., Brindley C., Meshreky A., Rosen J. E., Stover J., Verboom P., Sanders R., & Soucat A.** (2017), Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: A model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 5(9).
- **Sweeney R., Woode M.E., and Mortimer D.** (2021), Health SWAPs work. Development Policy Center, 33 (5), 826-844.

- **Talisuna A., Yahaya A. A., Rajatonirina S. C., Stephen M., Oke A., Mpairwe A., Diallo A. B., Musa E. O., Yota D., Banza F. M., Wango R. K., Roberts N. A., Sreedharan R., Kandel N., Rashford A. M., Boulanger L. L., Huda Q., Chungong S., Yoti Z., & Fall I. S.** (2019). Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities : Current status and lessons learnt in the WHO African region. *BMJ Global Health*, 4(6).
- **Watkins D. A., Norheim O. F., Jha P., Jamison D. T.** (2017), Mortality Impact of Achieving Essential Universal Health Coverage in Low- and Lower-Middle-Income Countries. Working Paper 21 for Disease Control Priorities (third edition), Department of Global Health, University of Washington, Seattle.
- **WHO.** (2020), Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva.WHO. (2022) Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. Geneva.
- **Woode M. E., Mortimer D., & Sweeney R.** (2021), The impact of health sector-wide approaches on aid effectiveness and infant mortality. *Journal of International Development*, 33(5), 826-844.
- **World Bank.** (2022) Understanding Trends in Proliferation and Fragmentation for Aid Effectiveness During Crises. Development Finance Vice Presidency.



Créée en 2003, la **Fondation pour les études et recherches sur le développement international** vise à favoriser la compréhension du développement économique international et des politiques qui l'influencent.

### Contact

[www.ferdi.fr](http://www.ferdi.fr)

[contact@ferdi.fr](mailto:contact@ferdi.fr)

+33 (0)4 43 97 64 60

n° ISSN : 2275-5055

Directeur de la publication : Patrick Guillaumont

